



## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50065-902  
CNPJ 10.935.932/0001-98  
REGISTRO ESTATUAL 0665543-03



Grupo Neotectrix  
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRECATORIO 116  
Atendimento ao cliente gratuito ou de taxa: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5529  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

GERIVAL FLORENO DUARTE  
CPF: 104.668.254-48

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TAMBORE  
Nº 1230  
PRAZERES/PRAZERES  
MUNICÍPIO JABOATÃO DOS GUARANIPES PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 154/2016),  
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos são anexados à  
fatura, para consulta em nossas unidades de atendimento e no  
site www.celpe.com.br

## DATA DE VENCIMENTO

23/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

06/10/2018

## DATA DE APRESENTAÇÃO

16/10/2018

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

034415637

## CONTA CONTRATO

000435727026

## Nº DO CLIENTE

380160991

## Nº DA INSTALAÇÃO

001000338

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA ASSIST SOCIAL CONTINUADA - BPC

Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

045D.DE36.ZE18.C945.0F60.C5F6.B86C.9CB3

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 20 kWh	20,00	0,10263041	2,05
Consumo Ativo superior a 20 até 100 kWh	10,00	0,33357768	3,34
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	25,00	0,47536425	11,89
Acrescimo Transmissão VERMELHA			2,00
Contrib. Sum. Pública Municipal			18,00
ICMS Substituição-ICMS-UF 02498994-2008/15			0,73
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>27,01</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

## Tabelas Aplicadas

Consumo Ativo até 20 kWh - 0,10263041  
Consumo Ativo superior a 20 até 100 kWh - 0,33357768  
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh - 0,47536425

## HISTÓRICO DO CONSUMO

DATA	CONSUMO (kWh)
01/10	148
02/10	142
03/10	148
04/10	150
05/10	239
06/10	237
07/10	225
08/10	244
09/10	216
10/10	167
11/10	167
12/10	224
13/10	225

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

TIPO	VALOR	%
Energia de Energia	61,51	60,37
Transmissão	2,41	2,41
Distribuição (perda)	10,29	10,15
Perdas Técnicas	1,78	1,68
Sistema	1,06	1,06
Outros	11,20	10,92

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

TIPO DE INTERRUPÇÃO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
INTERRUPÇÃO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
INTERRUPÇÃO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO ESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	TIPO DE FATOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
01/10/2018	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DATA PRECATORIO PARA A PRÓXIMA LEITURA: 06/10/2018

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no próximo mês parte de sua dívida creditada em nome de seu nome de usuário e senha. Mais informações em www.celpe.com.br.  
Seu sistema de leitura e medição em vigor é o Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.  
O cliente é responsável quando há variação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Problemas de consumo podem ocorrer devido à instalação inadequada ou a substituição inadequada no sistema.  
O cliente é responsável quando há desconhecimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

## NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	238

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DETALHES DA FATURA

CONTA CONTRATO	MÊS	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO
000435727026	10/2018	0,00	23/10/2018

## TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este cartão será usado em leitores ópticos.

## FATURA PAGA

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

www.celpe.com.br - www.neotectrix.com.br - www.aneel.gov.br - www.arpe.gov.br - www.rfcc.com.br

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** VALDIR OLIVEIRA DA SILVA, brasileiro, solteiro, reservista, RG: 5.744.637 SDO/PE e CPF: 039.920.774-03, residente na Rua Tamariz, n° 86, Pte 9 - 7230, Princesa Jaboratão dos Guanana, per/PE.

**OUTORGADO:** PAULO ANTÔNIO COELHO CASTOR, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o n° 20.832 e portador do CPF sob o n° 802.111.353-72, com escritório situado na Rua José de Alencar, n° 44, sala 42, Boa Vista, CEP 50070-075, Recife/PE.

**PODERES:** Pelo presente instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui o advogado retro Outorgado a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e de defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, para ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP e revigorado pela Lei n° 8.441/92.

Recife, 12 de Fevereiro de 2019

Valdir Oliveira da Silva  
Outorgante



## DECLARAÇÃO

D E C L A R O, para os devidos fins, de fato e de direito, nos termos da Lei nº 1.060/50, que sou pobre e que, portanto, não poderei arcar com as custas processuais, sem prejuízos próprios e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, sob as penas da lei.

Recife (PE), 12 de FEVEREIRO de 2019 .

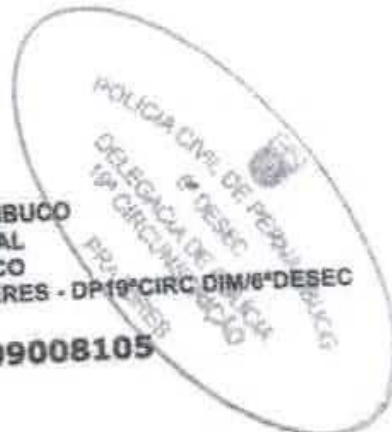
Valdir Oliveira da Silva







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES - DP 19ª CIRC DIM 6ª DESEC  
BOLETIM DE Ocorrência Nº. 18E0109008105



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/12/2018 às 14:42

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia 13/10/2018 às 23:30

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101 SUL, 01, PROXIMO A VITARELA** - Bairro: **PRAZERES** -  
**JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **REPARTIÇÕES PÚBLICAS**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR) AGENTE;  
VALDIR OLIVEIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**VALDIR OLIVEIRA DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO** Pai:  
**JOSE OLIVEIRA DA SILVA** Data de Nascimento: 9/2/1960 Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:  
5744827/SSP/PE (RG) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **SERVENTE** Telefones:  
Celulares:

984132580

Motivo da Viagem: **OUTROS**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE COMPORTA (BAIRRO), 24, SÍTIO COMPORTA - CEP: 55000-000 - Bairro: COMPORTA -**  
**JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **N** Pai: **N** Data de Nascimento: 1/2/1999 Naturalidade:  
**JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**  
Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES** Motivo da Viagem: **OUTROS**  
Endereço Residencial: **BAIRRO DE PRAZERES (BAIRRO), 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: PRAZERES - JABOATÃO DOS**  
**GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **0000000 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

**DECLARA A VÍTIMA QUE AO DESER DO ONIBUS E AO ATRAVESSAR A RODOVIA PROXIMO A FABRICA VITARELA FOI**  
**ATROPELADO POR UM VEICULO MOTOCICLETA DE MARCA PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO E SENDO**  
**SOCORRIDO PARA PELA UNIDADE BOMBEIRO PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA NO CASO DE SANTO**  
**AGOSTINHO AS 00:37 HMIN DO DIA 14/10/2018, FICANDO COM SEQUELAS NA PERNA MEMBRO INFERIOR DIREITO**  
**CASO AFETO A DLEGACIA DE ACIDENTES**



Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

*Valdir Oliveira da Silva*

**VALDIR OLIVEIRA DA SILVA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EMANOEL SEVERINO RIBEIRO** - Matrícula: **152985-4**



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 COMANDO DE BOMBEIROS MILITARES DO PERNAMBUCO  
 DE - DIRETORIA DE PLANEJAMENTO

ENCARGADO: 2018 APHCO0823  
 NOME: Sgt. S. Silva  
 NOME DE USUÁRIO DO SISTEMA: 218  
 DATA: 28-12-2018

UNIDADE: 21829128  
 - FUNÇÃO:  
 - CATEGORIA DE COORDENADOR:  
 - PROFISSIONAL

PARA: 21829128




## HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 14/10/2018 00:37

Nome Paciente:	VALDIR OLIVEIRA DA SILVA
Cód. Paciente:	109957
Data de Nascimento:	09/02/1960
Sexo:	Masculino
Idade:	38
Senha:	0002
Convênio:	2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento:	462001 
SAMÉ:	

Período: 14/10/2018 00:46 - 14/10/2018 00:48

ROSIANE COSME DA SILVA - COREN: 322779 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:	EMERGENCIA - VERMELHO
Cor:	VERMELHO
Queixa Principal:	PACIENTE TRAZIDO PELO BOMBEIRO, VITIMA DE ATROPELAMENTO, NEGA DESMAIO, VOMITO, APRESENTA TRAUMA EM MID. CONSCIENTE, ORIENTADO, EM AR AMBIENTE.
Observação:	NEGA AHS, DM E ALERGIA MECADICAMENTOSA.
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- DOR INTENSA (8-10/10) - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ROSIANE COSME DA SILVA - COREN: 322779 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 14/10/2018 00:52

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





F- 30930169

		
<b>CONTROLE DE ALTA</b>		
NOME: <u>Valdir D. de Siqueira</u>		
IDADE: _____		
ALTA DOMICÍLIO <input type="checkbox"/>	ALTA TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/>	
ALTA AMBULATÓRIO <input checked="" type="checkbox"/>		
<u>Relato do paciente</u> <u>com 15 dias</u>		
DATA <u>11/11</u>		
HORA _____		
 Assinatura e Carimbo do médico		





HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



### EVOLUÇÃO CLÍNICA

Name: Isidoro Wilson da Silva Registro: 109957

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: 1101111111111111 Leito: \_\_\_\_\_

Clínica: \_\_\_\_\_

Data/Hora	Síntoma xicial
14/12/11	Refeição de 100g de macarrão com molho de tomate e carne de vacca.
	Presença de náuseas e vômitos logo após a refeição.

HDH - Hospital Don Nelder Câmara  
Mário Cecílio de Fátima  
Assistente Social  
CRS 00000000000000000000

17/12/2011





# HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 462001

Data e Hora: 14/10/2018 00:51

Senha da Classificação:

0002

Paciente: 109957 VALDIR OLIVEIRA DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 09/02/1969 Idade: 38 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMBURG

Nome da Mãe: MARIA JOSEFA DA CONCEICAO

Nome do Pai: JOSE OLIVEIRA DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINE

CRM: 14418

Endereço: RUA ALTO DO CEU

- COMPORTA

80

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO PE

Usuário Atendimento: AMANDAMMS

RG (Identidade): 6744627

SDS-PE

Data de Emissão: 26/11/2009

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 03992077403

Fone: 065294292

Data de Emissão CRN:

Cartão SUS:

## RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

### Queixa Principal

TRAUMA VITRIA DE ATROFIA HONRO ADMITIDO COM  
TUBO NA MANCHA. QUGIA - SG DE 30,0 CM e ID.

### Exame Físico

1 - VITRIA DE COLA  
2 - VITRIA DE COLA  
3 - VITRIA DE COLA  
4 - VITRIA DE COLA  
5 - VITRIA DE COLA

### Hipótese Diagnóstica

TRAUMA DE VITRIA DE COLA  
TRAUMA DE VITRIA DE COLA

### Conduta Terapêutica

1 - VITRIA DE COLA  
2 - VITRIA DE COLA

### Prescrição Médica

1 - VITRIA DE COLA  
2 - VITRIA DE COLA

ENDIDO

Dr. Levi Figueiredo  
Urogista - RCE Nº 4931  
Data: 14/10/2018

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:  
LEITO DO PACIENTE:

Carimbo/Médico





## LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: 30/10/18

Nº PRONTUÁRIO: 109952

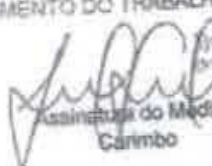
NOME DO PACIENTE: Valdim Oliveira da Silva

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura da Fíbula (D)

CID: S82.6

OBS: Dii = 14/10/18.

Nº DIAS: 120 cento e vinte AFATAMENTO DO TRABALHO

  
Assinatura do Médico  
Carimbo





## SINISTRO 3190017419 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** VALDIR OLIVEIRA DA SILVA  
**COBERTURA** Invalidez  
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** TRAÇÃO  
CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME  
**BENEFICIÁRIO** VALDIR OLIVEIRA DA SILVA  
**CPF/CNPJ:** 03992077403

### Posição em 22-03-2019 11:49:20

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
 Documentação médico-hospitalar	Vítima	Não Conforme	

